Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1677

Vragen van het lid **Otwin van Dijk** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het feit dat geneesmiddelenfabrikanten de prijzen van geneesmiddelen hebben opgedreven, en de kosten voor geneesmiddelen hebben verhoogd* (ingezonden 27 februari 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 25 maart 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1662

Vraag 1
Bent u op de hoogte van de bijdrage van de Autoriteit Consument & Markt (ACM), waarin wordt geconcludeerd dat fabrikanten van chemische merkgeneesmiddelen de toetreding en het gebruik van goedkopere generieke middelen hebben belemmerd?[1] Wat is uw reactie?

Antwoord 1
Ik ken de bijdrage van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) waarin het belang van een gelijk speelveld in de farmacie wordt onderstreept. Ik onderstreep dit belang ook en juich de toegenomen aandacht bij de ACM voor de farmacie van harte toe.
De ACM beschrijft in het rapport gedragingen die kunnen leiden tot een ongelijke kans voor generieke geneesmiddelen en het hoog houden van prijzen voor geneesmiddelen.
Ik heb eerder aangegeven het af te keuren indien fabrikanten zouden kiezen voor het nastreven van onevenredig hoge winstmarges boven het nemen van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om een bijdrage aan zorg voor patiënten te leveren voor aanvaardbare prijzen. Het legt een enorme druk op ons zorgsysteem en bedreigt op termijn ook hun eigen positie. De belangen van patiënten bij de beschikbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen zijn groot. Tegelijkertijd is het van groot belang dat de best mogelijke zorg zo doelmatig mogelijk geleverd kan worden. Juist daarom is een gelijk speelveld binnen de farmacie gewenst, waarin ook elke partij zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt. Eventueel ongewenst gedrag van fabrikanten keur ik ten zeerste af. Het mag niet zo zijn dat merkfabrikanten misbruik maken van hun positie op de markt en goedkopere maar even goede

[1] Autoriteit Consument & Markt, «Farmacie onder de loep», februari 2015

ah-tk-20142015-1677
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

generieke geneesmiddelen actief proberen te weren. Patiënten en premiebetalers mogen niet de dupe van worden van dergelijk onaanvaardbaar gedrag. De ACM geeft aan dat niet alle onwenselijke gedragingen met behulp van het mededingingsrecht kunnen worden bestreden. Men heeft in haar bijdrage diverse suggesties gedaan, onder meer rond het bevorderen van de toepassing van generieke geneesmiddelen. Veel van deze suggesties raken lopende beleidsdiscussies. Aangezien mijn beleid erop gericht is het gebruik van identieke, goedkopere generieke geneesmiddelen waar medisch mogelijk te stimuleren en doelmatige inzet van premiemiddelen te vergroten, zie ik de conclusies van de ACM als ondersteuning van mijn beleid.

Vraag 2
Wat is uw mening over het feit dat fabrikanten hoge kortingen bieden aan ziekenhuizen om een middel in de pen te krijgen, terwijl extramuraal, in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) een veel hogere prijs geldt? Bent u bereid over te gaan tot de door de ACM genoemde aanpassing van het systeem, waarbij beperkingen aan de prijsvorming worden opgelegd, zodat de prijs van een geneesmiddel binnen en buiten een ziekenhuis gelijk is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2
Geneesmiddelen worden in het huidige systeem door verschillende partijen ingekocht. Dit brengt met zich mee dat de inkoopprijs per partij kan verschillen. Hoewel de macht van de farmaceutische industrie groot is en in een dergelijk geval zelfs lijkt te reiken tot aan te pen van de voorschrijver, is het de taak van de arts zowel in het ziekenhuis, als in de eerste lijn, doelmatig voor te schrijven en conform de geldende behandelrichtlijnen. In tegenstelling tot de ACM ben ik van mening dat artsen zich wel degelijk bewust zijn van de consequenties van hun voorschrijfgedrag.
De verzekeraar heeft op zijn beurt de taak om hier ook op te letten. Voor de patiënt is het uiteindelijk van belang dat hij het juiste werkzame geneesmiddel krijgt, ongeacht de merknaam op het doosje. In het onderhandelingsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017 tussen huisartsen, zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS zijn tevens afspraken opgenomen over doelmatig voorschrijven (Kamerstukken 2013–2014, 29 248, nr. 257).
Ook zijn er afspraken gemaakt met de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over generiek voorschrijven. Deze afspraken zijn vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord Medisch Specialistische Zorg (2014 – 2017) respectievelijk in het Bestuurlijk Akkoord Eerste Lijnszorg (2014 – 2017).
Als deze afspraken met de voorschrijvers en verzekeraars onvoldoende resultaat hebben zal ik een prijsregime overwegen.

Vraag 3
Welke rol zou een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) kunnen spelen, door de berekeningswijze van Noorwegen toe te passen, en het aantal referentielanden uit te breiden naar de landen die Noorwegen gebruikt?

Antwoord 3
De prijsvorming in Nederland vindt met name plaats via toepassing van de Wgp en de prijsafspraken die apotheekhoudenden met zorgverzekeraars maken ten behoeve van de verzekerden over de te declareren prijzen. Vanaf 2012 gelden deze vrij onderhandelbare «consumentenprijzen». Met de Wgp worden maximum-apotheek-inkoopprijzen vastgesteld op basis van het rekenkundig gemiddelde van de prijzen van, op werkzame stof, farmaceutische zorg en sterkte, vergelijkbare geneesmiddelen in vier referentielanden (België, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland).
Apotheek-inkoopprijzen (AIP) zijn de prijzen die een geneesmiddelenfabrikant of farmaceutische groothandel ten hoogste aan een apotheker in rekening mogen brengen. De fabrikant stelt de apotheekinkoopprijs vast. Het zijn brutoprijzen. Dat wil zeggen: inclusief de distributiemarges voor de farmaceutische groothandel en de kortingen die apotheekhoudenden bedingen bij de groothandel. Dit zijn niet de prijzen die gedeclareerd worden. De prijzen die gedeclareerd worden zijn prijzen die apotheekhoudenden en zorgverzekeraars met elkaar afspreken dan wel de restitutievergoeding voor

die geneesmiddelen als er geen prijsafspraken tot stand komen. Deze prijzen liggen, zeker voor generieke geneesmiddelen, ruim onder de op basis van de Wgp vastgestelde prijzen.
In de prijsonderhandelingen romen zorgverzekeraars door apotheekhoudenden bedongen kortingen af, onder meer via een door hen gehanteerde «clawback» of via «pakjesmodellen» met een gemiddelde prijs per afgeleverd geneesmiddel.
Zoals ik uw Kamer eerder heb gemeld geeft Conquaestor in haar onderzoek uit 2013 (Kamerstukken 2012–2013, 29 477 nr. 245) aan dat het Noorse model ten opzichte van het Nederlandse model wellicht beter uitvalt ten aanzien van de brutoprijsvorming van spécialités. Het effect van het Noorse model op de netto-prijzen is, met name door de overhevelingen van specialistische middelen naar de aanspraak op geneeskundige zorg, in mijn ogen gering. Door de overheveling zijn meer spécialités dan voorheen intramuraal en bestaat er geen aanspraak meer op via de extramurale aanspraak op farmaceutische zorg. Onder invloed van zowel het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord voor de ziekenhuizen als de overheveling van dure, door de medisch specialist voorgeschreven geneesmiddelen, die is gestart in 2012 met de TNF Alfaremmers, beginnen ziekenhuizen en ziekenhuisapothekers in toenemende mate werk te maken van het zo scherp mogelijk inkopen van (dure) intramurale geneesmiddelen. Dat leidt er op dit moment reeds toe dat de werkelijk overeengekomen prijzen van deze middelen lager liggen dan de officiële inkoopprijzen. Ik verwacht dat dit verschijnsel de komende jaren in belang zal toenemen. Net zoals het belang van zowel het Geneesmiddelenvergoedingssysteem als de WGP voor de prijsstelling van veel gebruikte extramurale geneesmiddelen sterk is afgenomen door het actieve inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zal het belang van de Wgp afnemen voor de dure intramurale middelen. Ik zie dan ook geen nut in het invoeren van de Noorse berekeningswijze.
Voorts wacht ik het debat af over het Initiatief wetsvoorstel tot wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen van het lid de heer Kuzu. Tijdens het debat zal ik mijn standpunt over dit wetsvoorstel uiteenzetten.

Vraag 4
Welke rol zou een actualisering c.q. herberekening van het GVS hierbij kunnen spelen?
Is de proefberekening GVS (zie Kamerstuk 29 477, nr. 252) reeds uitgevoerd en in uw bezit? Zo ja, kan deze per ommegaande aan de Kamer worden gezonden?

Antwoord 4
Het rapport met de proefberekeningen van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is 10 maart 2015 naar de leden van de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken 2014–2015, 29 477 nr. 310). Zoals ik heb aangekondigd in het begeleidend schrijven bij het rapport ontvangt u mijn standpunt hierover binnen enkele weken. In het standpunt zal ik ingaan op de mogelijke gedragingen van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en fabrikanten als gevolg van het eventueel herberekenen van de GVS-vergoedingslimieten

Vraag 5 en 6
Wat is uw mening over de mogelijkheden die fabrikanten hebben om hun marktexclusiviteit te behouden en te verlengen? Op welke manier zou ingegrepen kunnen worden op de door de ACM genoemde drie strategieën van de fabrikanten? Bent u van plan daadwerkelijk in te grijpen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer en hoe?
Welke rol zou het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) naar uw mening kunnen en moeten spelen om evergreening tegen te gaan? Welk instrumentarium zou ingezet kunnen worden tegen evergreening?

Antwoord 5 en 6
De door de ACM beschreven suggesties, die stoelen op de praktijk waarbij fabrikanten het geldende octrooirecht gebruiken om hun marktexclusiviteit te verlengen, vallen binnen de reikwijdte van die wet. Dit leidt in voorkomende gevallen tot een langere periode waarover geen alternatief is voor het merkgeneesmiddel. De ACM merkt op dat het op nationaal niveau niet of nauwelijks mogelijk is om in te grijpen in het octrooisysteem. Deze praktijken

strekken ook verder dan Nederland alleen. De Nederlandse geneesmiddelenmarkt maakt immers slechts zo'n 1% van de wereldmarkt uit.
Dat neemt niet weg dat ik op andere vlakken wel degelijk acties neem om onnodig hoge prijzen (zoals bijvoorbeeld bij «Me-Too») te beheersen.
Ik ben het overigens eens met de opvatting van de ACM dat de Marktautoriteit, in Nederland het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), zich primair moet richten op de beoordeling van de werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen en geen rol heeft in afwegingen ten aanzien van kosten en kwaliteit.
In de situatie die de ACM beschrijft als «Pay for Delay» schikkingen van octrooirechtzaken, zie ik geen taak voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik ben verheugd dat de ACM deze tactieken, waarvan de gevolgen overigens eveneens niet uitsluitend voor Nederland gevolgen hebben, met aandacht volgt en indien hiertoe aanleiding is, optreedt.
Zoals ik u eerder mededeelde[2], zal ik de komende periode bezien in hoeverre ik ongewenste praktijken rond prijsstelling van geneesmiddelen actief kan aanpakken. Dit vergt een brede aanpak, waarbij uiteraard ook aandacht moet uitgaan naar Europese regelgeving en mededingingsrechtelijke aspecten.

Vraag 7 en 8
Bent u bereid over te gaan tot de door de ACM genoemde aanpassing ten aanzien van de toelating van geneesmiddelen tot het basispakket, door de therapeutische waarde ten opzichte van bestaande behandelingen te koppelen aan de vergoeding? Zo nee, waarom niet?
Welke rol zou het Zorginstituut Nederland naar uw mening kunnen en moeten spelen ten aanzien van de vergoeding van geneesmiddelen van fabrikanten die de door ACM genoemde strategieën toepassen?

Antwoord 7 en 8
Bij pakkettoelating wordt wel degelijk rekening gehouden met therapeutische waarde van geneesmiddelen ten opzichte van de bestaande situatie. In zijn pakketadvies spreekt het Zorginstituut Nederland zich immers uit over de waarde van een product. Indien sprake is van gelijke waarde van een nieuw product ten opzichte van bestaande producten, dan leidt dat in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) zelfs tot het gelijkstellen van de maximum vergoedingen, bij een mindere therapeutische waarde wordt het middel niet in het pakket opgenomen, bij een therapeutische meerwaarde wordt gekeken of aan het kosteneffectiviteitscriterium wordt voldaan. Kosteneffectiviteit is een voorwaarde voor vergoeding. In de lopende beleidsvorming rond het borgen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen zal ik de overwegingen van de ACM meenemen.

Vraag 9
Op welke wijze zouden artsen, meer dan nu het geval is, in hun voorschrijfgedrag bewust gemaakt kunnen worden van doelmatig voorschrijven? Welke initiatieven om meer doelmatig voor te schrijven worden nu in de praktijk toegepast? Welke aanvullingen hierop zijn mogelijk? Op welke wijze kunt u dit krachtiger stimuleren?

Antwoord 9
Om artsen meer doelmatig te laten voorschrijven heb ik met zowel de FMS, als met de LHV op bestuurlijk niveau afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord Medisch Specialistische Zorg (2014 – 2017) respectievelijk in het Bestuurlijk Akkoord Eerste Lijnszorg (2014 – 2017). In deze akkoorden is onder meer vastgelegd dat medisch specialisten en huisartsen goedkopere geneesmiddelen voorschrijven, waardoor jaarlijks een besparing van 50 miljoen voor de huisartsen en jaarlijks 25 miljoen door de medisch specialisten, gerealiseerd wordt. Indien deze besparingsopbrengst niet gerealiseerd wordt, wordt een korting toegepast in de tarieven en/of het financieel kader van de voorschrijvers voor het volgende jaar.
De realisatie van de taakstelling om doelmatiger voor te schrijven wordt gedurende het jaar gemonitord op basis van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen en besproken met de LHV en de FMS. Gelet op

---

[2] Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2014–2015, vragen 2014Z22311

deze huidige wijze van monitoring en bespreking ben ik van mening dat de voorschrijvers in voldoende mate bewust worden gemaakt om doelmatig voor te schrijven.

Vraag 10
Bent u bereid de Kamer zo snel mogelijk, doch in ieder geval voor 1 mei 2015 een uitgebreide reactie te zenden op de rapportage van de ACM, zodat deze kan worden besproken tijdens het reeds geagendeerde Algemeen overleg over geneesmiddelen op 27 mei a.s?

Antwoord 10
Met mijn beantwoording van deze Kamervragen ben ik van mening dat ik in eerste aanleg heb gereageerd op de relevante observaties uit het bericht van de ACM. Ik zal de aanbevelingen van ACM betrekken bij de bredere aanpak waar ik in mijn antwoord op vragen 5 en 6 naar verwees. Ik zal in het najaar met voorstellen richting uw kamer komen.